

Künt Batın Travması Sonrası İzole Pankreas Yaralanması Tedavi Yönetimi

7

Hüseyin BİLGE¹
Merve TOKOÇIN²

GİRİŞ

Pankreas transeksiyonu; Abdominal travma sonrası görülen nadir ve ciddi bir lezyondur. Künt karın travması olan hastaların yaklaşık % 5'inde ve penetran yaralanmaları olan hastaların yaklaşık % 2-6'sında görülür (1). Künt abdominal travmaların % 0.2-3'ünde izole pankreas hasarı görülebilir (2,3). Pankreasın hassas yapısına rağmen, retroperitoneal yeri ve barınağı, izole yaralanma olasılığını azaltmada etkilidir. Pankreas yaralanması ile sonuçlanan künt abdominal travmalar, en sık pankreas başının omurga ile olgumuzda olduğu gibi epigastrik bölgeye uygulanan kuvvet arasındaki ezilmesinden dolayı ortaya çıkar. Ortaya çıkan yaralanma, yüzeysel yaralanmadan transeksiyona kadar derecelendirilir. Tablo 1' de pankreas yaralanmasının derecelendirilmesi özetlenmiştir.

Klinik tablo atipiktir. Retroperitoneal yerleşimi nedeniyle klinik semptomlar gecikebilir. Bu bizi yanlış veya eksik tanıya götürebilir. Magnetik rezonans görüntüleme(MRG) ve kontrastlı Batın Tomografisi(BT), ana pankreatik kanal rüptürü hakkında bilgi sağlayabilir. Pankreas fistülü önemli bir komplikasyondur. Tedavide konservatif takip veya cerrahi yöntemler kullanılabilir.

VAKA

Daha önce hastalık öyküsü olmayan 20 yaşında kadın hasta, 10 günden beri devam eden yaygın karın ağrısı şikayeti ile hastanemizin acil servisine başvurdu. Hasta daha önce benzer şikayetler yaşamadığını belirtti. Özgeçmişinde ve aile öyküsünde özellik yoktu. Hastanın daha önceki tıbbi geçmişi kullandığı herhangi bir ilaç yoktu. Fizik muayenesinde karın tüm kadrantlarında yaygın hassasiyet vardı. Başvuru sırasında kan basıncı 120/90, ateş 37,8 ve genel durumu stabil idi.

Laboratuvar bulgularında; WBC 22000, albümin 2.5 g / dl, CRP 85.95 mg / l, amilaz 2707 U / l, lipaz 1796 U / l, AST 99 U / l, ALP 164 U / l, GGT 73 U / l, laktat 451 U / l, Na 125 mmol / l, K 7.67

¹ Doktor Öğretim Üyesi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, dr.huseyinbilge@hotmail.com

² Uzman Doktor, SBÜ. İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, mertokocin@gmail.com

Başlıca komplikasyonlar arasında psödokist (% 9), akut hemorajik nekrotizan pankreatit (% 15), apse (% 6) ve fistül (% 4) bulunur (19). Postoperatif dönemde düşük debili pankreas fistülü vardı. Ancak postoperatif 3. ayın sonunda hastamızda fistül kapandı.

SONUÇ

Karmaşık pankreatik yaralanmaların tedavisinde birkaç terapötik seçenek kabul edilebilir. Bununla birlikte, tanı ve tedavide gecikme olmaması önemlidir. Olgumuzda gecikmiş travmayı tedavi ettik. Postoperatif komplikasyonlar arasında pankreatik fistül ve intraabdominal apse insidansı yüksektir. Geç travma hastalarını tedavi ederken, yaralı organın fonksiyonel korunması ve hızlı ve basit cerrahi ve hasar kontrolü ihtiyacı akılda tutulmalıdır. Bu durumda; Hasta geç başvuru nedeniyle erken teşhis edilemedi. Ancak yaptığımız kritik müdahalelerin hayatta kalmaya yol açacağına inanıyoruz.

KAYNAKLAR

1. Subramanian A, Dente CJ, Feliciano DV. The Management of Pancreatic Trauma in the Modern Era. *Surgical Clinics of North America*. 2007;87:1515-1532
2. Ho VP, Patel NJ, Bokhari F, Madbak FG, Hambley JE, Yon JR, Gupta S. Management of adult pancreatic injuries: a practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2017;82(1):185-199.
3. Søreide K, Weiser TG, Parks RW. Clinical update on management of pancreatic trauma. *HPb*. 2018;20(12):1099-1108.
4. Stawicki SP. Trends in nonoperative management of traumatic injuries—a synopsis. *International journal of critical illness and injury science*. 2017;7(1);38.
5. Kollár D, Molnar FT, Zsoldos P, Benedek-Tóth Z, Oláh A. Diagnosis and management of blunt pancreatic trauma. *Surg Gastroenterol Oncol*. 2018;23(1):5-15.
6. Boffard KD, Brooks AJ. Pancreatic trauma-injuries to the pancreas and pancreatic duct. *The European journal of surgery*. 2000;166(1):4-12.
7. Sharbidre KG, Galgano SJ, Morgan DE. Traumatic pancreatitis. *Abdominal Radiology*. 2019:1-12.
8. Degiannis E, Glapa M, Loukogeorgakis SP, Smith MD. Management of pancreatic trauma. *Injury* 2008; 39:21-9.
9. Krige JE, Beningfield SJ, Nicol AJ, Navsaria P. The management of complex pancreatic injuries. *S Afr J Surg*. 2005; 43:92-102.
10. Knaebel HP, Diener MK, Wente MN, Buchler MW, Seiler CM. Systematic review and meta-analysis of technique for closure of the pancreatic remnant after distal pancreatectomy. *Br J Surg*. 2005; 92:539-46.
11. Zhou W, Lv R, Wang X, Mou Y, Cai X, Herr I. Stapler vs. suture closure of pancreatic remnant after distal pancreatectomy: a meta-analysis. *Am J Surg*. 2010; 200:529-36.
12. Fingerhut A, Veyrie N, Ata T, Alexakis N, Leandros E. Use of se-

alants in pancreatic surgery: critical appraisal of the literature. *Dig Surg*. 2009; 26:7-14.

13. Fisher WE, Chai C, Hodges SE, Wu MF, Hilsenbeck SG, Brunicaudi FC. Effect of BioGlue on the incidence of pancreatic fistula following pancreas resection. *J Gastrointest Surg*. 2008; 12:882-90.
14. Lin BC, Chen RJ, Fang JF, Hsu YP, Kao YC, Kao JL. Management of blunt major pancreatic injury. *J Trauma*. 2004; 56:774-8.
15. Degiannis E, Glapa M, Loukogeorgakis SP, Smith MD. Management of pancreatic trauma. *Injury*. 2008; 39:21-9.
16. Rickard MJ, Brohi K, Bautz PC. Pancreatic and duodenal injuries: keep it simple. *ANZ J Surg*. 2005; 75:581-6.
17. Hutchins RR, Hart RS, Pacifico M, Bradley NJ, Williamson RCN. Long-term results of distal pancreatectomy for chronic pancreatitis in 90 patients. *Ann Surg*. 2002;236:612-618.
18. Rickard MJ, Brohi K, Bautz PC. Pancreatic and duodenal injuries: keep it simple. *ANZ J Surg*. 2005;75:581-6.
19. Canty TG, Sr., Weinman D. Management of major pancreatic duct injuries in children. *J Trauma*. 2001; 50:1001-7.
20. Suc B, Msika S, Piccinini M, Fourtanier G, Hay JM, Flamant Y, et al. Octreotide in the prevention of intra-abdominal complications following elective pancreatic resection: a prospective, multicentre randomized controlled trial. *Arch Surg*. 2004;139:288-294.
21. McMillan MT, Soi S, Asbun HJ, Ball CG, Bassi C, Beane JD, Christein JD. Risk-adjusted outcomes of clinically relevant pancreatic fistula following pancreatoduodenectomy: a model for performance evaluation. *Annals of surgery*. 2016;264(2):344-352.